

2. Знание мотивационных установок выбора профессии позволит более гибко и эффективно организовать образовательный процесс, адаптировав его под индивидуальные особенности обучающихся, что будет способствовать повышению уровня учебной и познавательной деятельности.

3. Наличие потребности в соответствии будущей профессии и формирование твердой мотивации в овладении ею является неотъемлемым условием формирования творчески активной и социально зрелой личности.

Литература:

1. Шевцова, В.В. Социально-личностные компетенции студентов лечебного факультета при изучении дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» / В.В. Шевцова, Т.В. Колосова, М.В. Алфёрова // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации : материалы 74 науч. сессии ВГМУ, Витебск, 23–24 янв. 2019 г. / под ред. А.Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2019. – С. 501–502.

2. Чижова, М.Б. Мотивы выбора профессии врача и их взаимосвязь с профессионально-значимыми качествами медицинского работника у студентов первокурсников медицинского вуза [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2-1 :– Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/viewId=21057>. – Дата доступа: 25.11.2019.

3. Алфёрова, М.В. Методика изучения профессиональных компетенций врача-организатора здравоохранения на этапе додипломной подготовки / М.В. Алфёрова, Т.В. Колосова, В.В. Шевцова // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации : материалы 74-ой научной сессии ВГМУ, Витебск, 23–24 января 2019 г. / под ред. А.Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2019. – С. 480–482.

УДК 616-006:17

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ И ИХ РОДСТВЕННИКАМИ

Герберг А.А., Шульмин А.В., Тимофеева А.П.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Если рассматривать этику согласно Бертрону Расселу как попытку придать всеобщую значимость некоторым нашим желаниям, то в области взаимоотношений с онкологическим пациентом особый смысл приобретает принцип «не навреди». Также уместно вспомнить изречение Гиппократы: «Отчаявшись, больной сам приближает себя к смерти». Поиск приемлемых решений в области этики информирования онкологических пациентов и их родственников о тяжести процесса и предстоящих им испытаниях в настоящее время не только не потерял своей актуальности, но и приобрёл новые векторы. Согласование де-юре и де-факто в работе врача не редко ставит выбор между решениями «по совести» и риском судебных издержек.

Цель работы – определить этико-деонтологические проблемы, возникающие при работе врача с пациентами с онкологическими заболеваниями и рассмотреть современные подходы психологической поддержки онкобольных.

Материал и методы. Результаты исследования основаны на изучении литературных источников и электронных ресурсов. Методы исследования: логико-аналитический, исторический.

Результаты и обсуждение. Обнаружение онкологического заболевания влечёт ухудшение не только соматического, но и психического состояния пациента. Психогенные влияния на человека обусловлены естественной реакцией на заболевание, т.е. на выявление самого злокачественного процесса, – имеющиеся в обществе представления о его малой излечиваемости, высокий процент летальных исходов,

негативные последствия от оперативных вмешательств, соматический дискомфорт, сопряжённый с проведением лучевой и химиотерапии.

Последовательность реакций неизлечимо больных и умирающих людей описывает модель Kubler-Ross: шок – отрицание – агрессия – компромисс – депрессия – смирение[1]. При посещении любого врача пациенты надеются на позитивный исход. Поэтому первой реакцией на наличие заболевания, или даже просто на госпитализацию в онкологическую клинику является сильнейшая психологическая травма, которая, как правило, будет выражаться вопросами «Почему я?», «Почему это случилось со мной?» и т.п. В связи с этим особое значение имеет грамотный психологический подход к пациенту и отслеживание его психологического статуса как при первом контакте с врачом, так и в дальнейшем, на разных этапах диагностики, лечения и реабилитации. На этапе «компромисса» может наблюдаться стремление пациента к изменению своего поведения, образа жизни, отказу от разных удовольствий и т.п. Осознав сложность своего положения, пациенты часто впадают в депрессию, теряют активность, уходят в самоизоляцию, постепенно утрачивают интерес к окружающему миру, испытывают бесперспективность своего дальнейшего существования. Для человека нарушается возможность планирования жизненных целей, сужается временная перспектива, что действует угнетающе. В связи вышеизложенным одной из наиболее сложных и обсуждаемых деонтологических проблем в онкологии является степень осведомлённости пациента об истинном состоянии его здоровья и диагнозе.

В каждом конкретном случае оптимальная линия поведения врача определяется характером и стадией заболевания, психологическими особенностями пациента, его возрастом, профессией, отношением к предлагаемым методам исследования и лечения и национальной медицинской культурой. Например, в японской медицинской культуре основная тенденция – маскировка диагноза «рак», табу на его озвучивание. В 1980-х гг. существовал даже запрет на использование термина «рак» в японской прессе, когда заболевание поразило императора Хирохито. В Италии практиковалось раскрытие частичной правды (например, прибегали к эвфемизму «доброкачественная опухоль», даже в случае её злокачественности). Многие представители медицинского сообщества не приемлют подобного подхода и считают это дезинформацией пациента, введением его в заблуждение. В США раскрытие диагноза «рак» стало обычной практикой только с 1970-х гг. Врачи стали делать это осознанно, считая, что полное информирование не содержит угрозу для пациента, а наоборот даже способствует лечению. Кроме того, тактика, ориентированная на правду была связана с правовыми аспектами[2].

Были проведены исследования по выяснению того, как способы раскрытия диагноза влияют на пациента, а также изучено различие между выражением диагноза и информированным согласием. Была сформулирована «модель раскрытия», в которой процесс информирования пациента представляет собой растянутое во времени, а не разовое событие [2].

Практики раскрытия диагноза, заболевания, его стадии, прогноза, лечения варьируются в зависимости от страны и ряда других обстоятельств. Во многих странах прошли общественные обсуждения об уместности маскировки в онкологии, о соотношении её с концепцией информированного согласия.

В результате международного биоэтического обсуждения было заявлено о праве пациента на всю полноту информации о своём диагнозе и лечении, а также о праве пациента не знать свой диагноз и прогноз по нему. Действия врача должны быть обусловлены в первую очередь клинической потребностью и запросом пациента. Вместе с тем имеют место судебные прецеденты при столкновении биоэтических и деонтологических аспектов с правовыми нормами.

С постепенным раскрытием информации (темп раскрытия соотносится с этапами медицинского вмешательства и ходом самой болезни) начинают включаться в работу, так называемые, «практики надежд». В каждой фазе болезни пациенты сохраняют надежду на

благоприятный исход. Но лучше дозированная правда, нежели любые умалчивания. Поэтапное раскрытие диагноза, прогноза и лечения, а также дальнейшее применение «практики надежд» помогает пациенту «созреть» и не становится ошеломляющим и травмирующим. Грамотная работа в этом направлении всецело зависит от наличия необходимых компетенций у врача и типа и состояния его партнёрства с пациентом.

Работа с пациентом и его семьёй должна представлять собой тесное социально-коммуникативное взаимодействие с врачом. Важным является навык коммуникативного балансирования. К каждому пациенту нужно подходить индивидуально, выбирая оптимальную линию поведения. Нельзя оставлять пациента пассивным участником лечебного процесса. Вовлечение в него с целью сделать борьбу с заболеванием эффективной – задача врача, зависящая от того, как им будут выстроены основные коммуникативные стратегии. Медицинский акцент на волю борьбы с болезнью – своеобразный «крестовый поход» пациента, в котором побеждает тот, кто имеет сильную волю. «Практика надежд» предполагает проявление усилий, направленных на то, чтобы наладить жизнь в условиях тяжёлого заболевания. Это практика создания жизни, сохраняющей или пытающейся сохранить смысл даже посреди страдания, когда счастливого конца не предвидится [2].

Ещё одним противоречием является излишний оптимизм, характерный, например, для идеологии американской медицины, основанный на императиве «агрессивного» медицинского вмешательства и тезисе, что «делать хоть что-то лучше, чем не делать ничего». Специфика в оценке клинических рисков в данном случае заключается в том, что риски лечения недооцениваются, а часто и переоцениваются и «оптимистичные прогнозы» делаются даже в неизбежных случаях. Излишнее обнадеживание пациента недопустимо. Врач должен поддерживать в больном надежду на выздоровление настолько, насколько это является возможным.

Выводы. Достичь полного согласия медицинского сообщества в вопросе предпочтительности способов информирования онкологических пациентов и их близких относительно степени тяжести и прогноза развития заболевания сложно. Усовершенствования требуют нормативно-правовые регламенты, которые недостаточно учитывают все разнообразия возможных сценариев и сложности взаимодействия врача, пациентов и их родственников, при том, что их неисполнение влечёт риск судебных издержек.

Задачей врача онколога является научить пациентов ценить жизнь в сложившихся условиях и сопровождать его до того или иного исхода, поддерживая с ним отношения.

Литература:

1. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. – М. Киев : София, 2001. – 316 с.
2. Лехциер, В. Практики надежды в американской онкологии: по мотивам эмпирических медико-антропологических исследований / В. Лехциер // Социология власти. 2016. – Т. 28, № 1. – С. 170–184.

УДК 614.2

ВЫЗОВЫ И РИСКИ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Глушанко В.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Оказание медицинской помощи в организациях здравоохранения предполагает, прежде всего, улучшение ее доступности и качества. При этом важно установить как индикаторы, являющиеся основополагающими для оценки эффективности деятельности системы здравоохранения, так и риски, определяющие вызовы медико-